ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNEE 1975 N° 2

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement, en 1975,
devant
l'UNIVERSITE PAUL-SABATIER DE TOULOUSE

PAR

Jean-Michel, Eugène, Charles BETHEMBOS

Né le 16 octobre 1944 à Crouy (Somme)

La kératite pigmentaire du Chien

JURY :

PRÉSIDENT : M. DEODATI, *Professeur à l'Université Paul-Sabatier de Toulouse.*

ASSESSEURS :
- M. FLORIO, *Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.*
- M. LESCURE, *Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.*

IMPRIMÉE « AU MANUSCRIT », 1 BIS. AVENUE GAMBETTA - ALFORT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNEE 1975 N° 2

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement, en 1975,

devant

l'UNIVERSITE PAUL-SABATIER DE TOULOUSE

PAR

Jean-Michel, Eugène, Charles BETHEMBOS

Né le 16 octobre 1944 à Crouy (Somme)

La kératite pigmentaire du Chien

JURY :

PRÉSIDENT : M. DEODATI, *Professeur à l'Université Paul-Sabatier de Toulouse.*

ASSESSEURS :

M. FLORIO, *Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.*

M. LESCURE, *Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.*

IMPRIMÉE « AU MANUSCRIT », 1 BIS. AVENUE GAMBETTA - ALFORT

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse

MM.

Directeur . . . . . LAUTIE

Directeurs honoraires . . . . . PONS
DARRASPEN
FLORIO

Professeur honoraire . . . . . LOMBARD

PERSONNEL ENSEIGNANT

Chaire de Pharmacie - Toxicologie.

Professeur titulaire . . . . . GODFRAIN
Maître-Assistant agrégé . . . . . Mme
BURGAT-SACAZE

Pharmacie et Toxicologie.

Chaire de Physique - Chimie Biologiques et Médicales.

Professeur titulaire . . . . . RICO
Maître-Assistant . . . . . BRAUN
Physique biologique et médicale.
Chimie biologique et médicale.

Chaire d'Anatomie des Animaux Domestiques.

Professeur titulaire . . . . . PAVAUX
Anatomie descriptive - Extérieur.
Anatomie appliquée - Tératologie.

Chaire de Physiologie - Thérapeutique.

Professeur titulaire . . . . . RUCKEBUSCH
Maître de Conférences non Chef de Service . . . . FARGEAS
Maître-Assistant . . . . . TOUTAIN
Physiologie - Thérapeutique - Pharmacodynamie.

Chaire d'Histologie - Anatomie Phatologique.

Professeur titulaire . . . . . VAN HAVERBEKE
Professeur sans Chaire . . . . . CABANIE
Maître-Assistant . . . . . MAGNOL
Histologie - Embryologie - Anatomie Pathologique.

Chaire d'Hygiène et Industrie des Aliments d'origine animale.

Professeur titulaire . . . . . LABIE
Maître-Assistant . . . . . EECKHOUTTE
Maître-Assistant . . . . . Mme BENARD
Hygiène, Inspection, Contrôle et Technologie des denrées alimentaires d'origine animale.

Chaire de Parasitologie et Maladies Parasitaires.

Professeur titulaire . . . . . BRIZARD
Maître de Conférences non Chef de Service . . . . DORCHIES
Zoologie appliquée - Parasitologie externe
Parasitologie interne - Clinique.

Chaire de Séméiologie et Pathologie Médicale des Equidés et Carnivores.

Professeur titulaire . . . . . FLORIO
Professeur sans Chaire . . . . . LESCURE
Maître-Assistant . . . . . GUELFI

Séméiologie et Pathologie Médicale des Equidés et des Carnivores.
Législation Vétérinaire et Déontologie - Clinique.

MM.

Chaire de Pathologie Médicale du Bétail et des Animaux de Basse-Cour.

Professeur titulaire . . . . . TOURNUT
Professeur sans Chaire . . . . . ESPINASSE
Maître-Assistant . . . . . BEZILLE
Séméiologie et Pathologie Médicale du Bétail et des Animaux de basse-cour - Clinique - Clinique ambulatoire.

Chaire de Pathologie Chirurgicale.

Professeur titulaire . . . . . CAZIEUX
Maître-Assistant . . . . . DICKELE
Maître-Assistant . . . . . GENEVOIS
Propédeutique et Séméiologie Chirurgicale - Technique Chirurgicale - Pathologie Chirurgicale -

Chaire de Pathologie de la Reproduction.

Professeur titulaire . . . . . BERTHELON
Professeur sans Chaire . . . . . ROYAL
Maître-Assistant . . . . . TAINTURIER
Séméiologie et Propédeutique - Pathologie de la Reproduction - Obstétrique - Clinique.

Chaire de Maladies Contagieuses - Zoonoses - Législation sanitaire.

Professeur titulaire . . . . . SAURAT
Maître de Conférences non Chef de Service . . . . . CHANTAL
Maître-Assistant . . . . . GANIERE
Maladies Contagieuses - Zoonoses.
Législation Sanitaire.

Chaire de Pathologie Générale - Microbiologie - Immunologie.

Professeur titulaire . . . . . LAUTIE
Maître-Assistant . . . . . MEIGNIER
Microbiologie - Immunologie - Pathologie Générale.

Chaire de Zootechnie et d'Economie Rurale.

Professeur titulaire . . . . . QUEINNEC
Maître-Assistant . . . . . DARRE
Ethnologie - Génétique appliquée - Hygiène générale - Zootechnie - Elevage - Economie Générale et des productions animales.

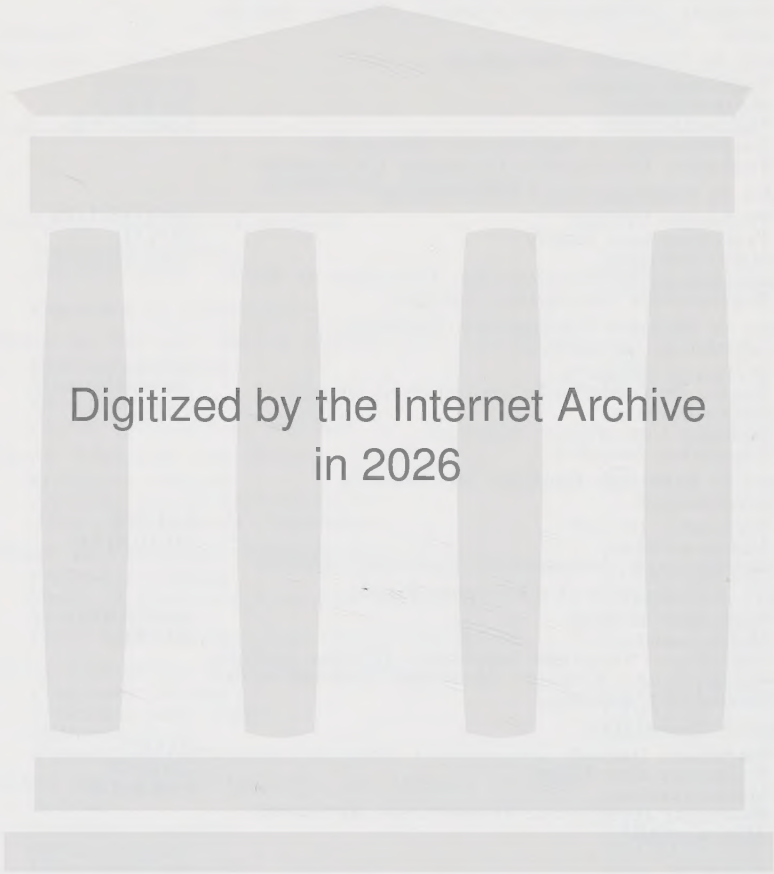
Chaire d'Alimentation.

Professeur titulaire . . . . . FALIU
Professeur sans Chaire . . . . . GRIESS
Maître-Assistant . . . . . PARAGON
Botanique appliquée et Bromatologie - Agronomie - Alimentation.

COURS COMPLEMENTAIRES — CHARGES D'ENSEIGNEMENT

MM. les Professeurs ANGELIER, ARMENGAUD, BAZEX, BENQUET, BLANC, BOURBON, CANDAU, CHANCHUS, COMBES, COMBRET, FERNET, LAGARRIGUE, LARROUY, MONIER, RIVES.

La Faculté et l'Ecole déclarent n'être pas responsables des opinions émises par les candidats (Délibération de la Faculté, en date du 10 mai 1891 et du Conseil de l'Ecole, en date du 13 juin 1924).


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549604_0041

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent là le modeste témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

En gage d'amour et de reconnaissance.

A MON FRERE

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE LA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

Témoignage de notre amour

Marque de notre amitié.

A M. le Professeur DEODATI

de l'Université Paul-Sabatier de Toulouse

Président de notre Jury de thèse

Il nous honora de sa présence.

Hommage respectueux.

A NOTRE JURY DE THESE :

M. le Professeur FLORIO

de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse

Avec toute la reconnaissance que nous lui devons pour son enseignement et la bienveillance qu'il a apportée à l'examen de notre travail.

Hommage de notre respectueuse considération.

M. le Professeur LESCURE

de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse

Plus en ami qu'en maître, il a par ses conseils éclairés permis la réalisation de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici un hommage de reconnaissance et d'admiration.

A TOUS NOS MAITRES

de l'Ecole Vétérinaire de Toulouse

A TOUS NOS CONFRERES AMIS

A mon instituteur M. G. LENNE

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre respect et de notre gratitude.

INTRODUCTION

La kératite pigmentaire occupe en ophtalmologie vétérinaire une place prépondérante en raison de sa relative fréquence et de son pronostic très sombre ; selon certains auteurs en effet, la pigmentation de la cornée causerait après la cataracte, la plupart des cas de cécité du chien. Le propriétaire, de plus, instaure souvent une thérapeutique bien sûr inefficace et, avant d'en constater l'insuccès, il laisse passer un temps précieux pendant lequel les choses s'aggravent.

Le progrès de ces dernières années a eu pour effet de rendre de plus en plus sévères les exigences auxquelles doit satisfaire le traitement des animaux de compagnie. L'ophtalmologie vétérinaire a été très touchée par ce progrès, l'homme de l'art dispose maintenant de très grandes ressources et la chirurgie de l'œil a fait faire un grand pas à la thérapeutique. C'est ce que nous essaierons de montrer avec l'étude de la kératite pigmentaire.

Ce travail est un peu ambitieux, mais il ne fait que traduire la réalisation de nos maîtres. Que cela soit dit non comme une excuse, mais comme une explication.

La première partie sera consacrée à la description détaillée de la kératite pigmentaire du chien et soulèvera le problème de son étiologie ; la seconde partie sera réservée à l'étude de la thérapeutique médico-chirurgicale mise au point par Uberreiter et appliquée à l'Ecole Vétérinaire de Toulouse ; enfin, la dernière partie s'attachera à démontrer la valeur de la technique proposée au précédent chapitre à la lumière de quelques observations.

HISTORIQUE

L'œil, si l'on en croit Victor Hugo, est connu depuis la nuit des temps. Mais il fallut attendre quelques siècles pour que l'on s'y intéressât. Les croyances, les sorciers ont laissé place à la science et à la thérapeutique. C'est en 1245 que Pietro Spano, dans *Brevarium de regitudinibus et curis oculorum* le décrit comme « un membre rond, rayonnant, qui se compose de sept tuniques et de trois humeurs ».

Quelques siècles plus tard, en 1913, un médecin ophtalmologiste londonien décrit la kératite pigmentaire du chien.

Aux alentours de 1950, les publications se succèdent : Sommers en 1949, Magrane en 1951, Michaelson en 1952, Roberts en 1954.

En 1951, Paufique et Rougier découvrent un émetteur qui stoppe la néovascularisation cornéenne.

En 1961, Otto von Uberreiter publie une description détaillée de la kératite pigmentaire du chien et soulève le problème de son étiologie et de sa thérapeutique.

LA KERATITE PIGMENTAIRE

DEFINITION.

La kératite pigmentaire est une affection de l'œil atteignant la cornée de façon symétrique, et caractérisée par l'invasion progressive de l'épithélium cornéen par un tissu granuleux se recouvrant ensuite de pigment mélanique.

Cette affection s'observe surtout chez le berger allemand vers l'âge de trois ou quatre ans et aboutit finalement à la cécité.

DESCRIPTION CLINIQUE.

La kératite pigmentaire est une affection chronique très spéciale du chien, qui se caractérise par la disparition de la transparence de la cornée par addition de substance. Elle peut revêtir deux formes bien distinctes :

— L'une, bien décrite par « Uberreiter », assez fréquente chez le berger allemand et chez le grœnendael se caractérise par la présence d'un tissu de granulation rosé, bien saillant sur l'épithélium cornéen. Ce tissu de granulation se pigmente secondairement. La pigmentation commence au limbe et se dirige vers le centre de la cornée, et la progression du pigment est toujours en retard sur la progression du tissu granuleux.

— Mais à côté de cette kératite granuleuse et secondairement pigmentaire, on peut observer l'apparition de pigment sur l'épithélium cornéen en l'absence de modifications macroscopiquement visibles de ce dernier. L'invasion pigmentaire de la cornée se fait sans troubles inflammatoires apparents. Le pigment brunâtre part du limbe sclérocornéen et plus souvent en arrière même du limbe sur la conjonctive

bulbaire et recouvre l'épithélium cornéen sans être précédé de troubles inflammatoires. Examiné tangentiellement, le pigment n'apparaît pas en relief ; sa présence peut même passer inaperçue si l'examen est superficiel.

Dans l'un et l'autre cas, l'infiltration pigmentaire fait disparaître toute transparence de la cornée. Le pigment est tenace, l'évolution progressive.

La kératite pigmentaire, d'après « Coats » qui l'a étudiée chez le chien, est une kératite parenchymateuse dans laquelle domine l'infiltration pigmentaire. L'aspect et l'évolution de cette affection sont caractéristiques et, non contrôlées, les lésions peuvent produire une opacité importante de la cornée et une cécité.

Les jeunes chiens sont rarement atteints, l'affection atteint généralement les chiens de trois à six ans, et dans à peu près 85 p. 100 des cas les deux yeux à la fois.

Au stade initial, le limbe, dans l'angle externe de chaque œil semble œdémateux et la conjonctive bulbaire qui le jouxte est surélevée et hyperémiée, on peut observer une masse tortueuse de vaisseaux sanguins nouvellement formés qui envahissent la cornée par l'intermédiaire du limbe. Ces vaisseaux convergent au niveau de la cornée en une tâche rougeâtre et opaque. Ce processus commence le plus souvent du côté temporal, mais aussi quelquefois, du côté nasal. Dans cette partie modifiée de la cornée, la surface est inégale, mais l'épithélium est intact, l'analyse à la fluorescéine est en effet négative. Au niveau des couches superficielles de la cornée, près du limbe, on observe généralement de petits infiltrats gris, indistincts, de 0,5 mm de diamètre. Pendant les semaines qui suivent, des vaisseaux sanguins migrent dans la cornée à partir du réseau superficiel du limbe et entourent et pénètrent cet infiltrat.

Par la suite, en partant de cet endroit, un tissu apparemment granulé, épais, rougeâtre, bien vascularisé, avance vers le centre de la cornée. Ce foyer rouge est souvent bordé d'un ourlet gris encore transparent et dans son voisinage, on peut encore observer quelques points ou infiltrats gris.

Pendant ce temps, de nouveaux infiltrats apparaissent généralement près du centre de la cornée et des branches de vaisseaux néoformés migrent dans leur direction. Un feuillet de tissu fibro-vasculaire, envahit ainsi les couches superficielles de la cornée.

Enfin, dans le dernier stade de l'évolution, le tissu néoformé avance de plus en plus jusqu'à occuper toute la surface de la cornée.

Ce processus ne commence pas nécessairement au niveau de la fente palpébrale, mais par exemple dans le quadrant temporal inférieur de la cornée ou ailleurs, parfois il prend naissance du côté nasal et du côté temporal en même temps et les deux foyers triangulaires dont la base est au niveau du limbe, se rencontrent au centre de la

cornée, parfois encore, toutes ces modifications commencent au milieu de la cornée.

La surface de la cornée est alors inégale, parfois protubérante, l'épithélium cornéen est cependant intact, la preuve en est apportée par l'analyse à la fluorescéine qui se révèle négative. En effet, après instillation de quelques gouttes d'une solution de fluorescéine et rinçage, aucune coloration de la cornée ne se produit.

Dans une période ultérieure, des cellules amenant de la mélanine à la jonction cornéosclérale sont souvent transportées dans la cornée, et éventuellement, la recouvrent entièrement. Il est évident que sans thérapeutique adaptée, les animaux sont atteints de cécité presque complète.

La conjonctive est rouge et on constate souvent la présence de petits nodules dans la conjonctive bulbaire au voisinage du limbe sclérocornéen, ils ressemblent à des follicules et une ou plusieurs rangées de ces lésions peuvent couvrir le bord interne des corps clignotants.

L'écoulement oculaire est en général clair ou mucoïde et la douleur est peu apparente.

L'inflammation conjonctivale et cornéenne n'est pas accompagnée d'autres signes d'affection oculaire.

CONSTATATIONS BIOMICROSCOPIQUES.

Dans la région où la cornée est rouge, inégale et modifiée, on observe de grands troncs de vaisseaux venant du limbe sclérocornéen qui se ramifient très finement à la manière d'un buisson, ils sont au départ presque tous de la même grosseur mais ils se subdivisent très vite en des réseaux très fins, dans le voisinage de ces foyers très vascularisés, on remarque fréquemment la présence de points ou de taches isolés, gris et transparents.

Au niveau des couches supérieures du stroma, des troncs vasculaires nombreux se ramifient finement et boursouflent l'épithélium, occasionnant des irrégularités de la cornée en raison de leur position superficielle. Entre ces vaisseaux, on remarque quelques petits infiltrats gris. Dans les couches plus profondes du parenchyme cornéen, on n'observe aucune modification pathologique.

Les cas les plus anciens révèlent l'existence de nombreuses taches de pigment brun-noir au niveau des couches superieures de la cornée.

Même dans les cas très anciens, l'épithélium est généralement intact ; c'est seulement dans quelques cas isolés que l'on peut constater quelques lésions secondaires provoquées par l'animal lui-même et qui sont toujours des lésions de grattage.

La réaction conjonctivale est souvent marquée, plus spécialement d'ailleurs au niveau de la conjonctive bulbaire où l'on observe fréquemment de petits nodules rouges qui dépassent le niveau de la conjonctive.

EXAMENS HISTOLOGIQUES

Technique :

La partie de la cornée enlevée au moyen d'un scalpel jusqu'au parenchyme cornéen sain est étendue sur un papier filtre stérile et durcie dans une solution contenant 5 p. 100 de formol. Après l'avoir enrobée de paraffine, on procède à des coupes en série qui sont teintées à l'hématoxyline éosine. On peut aussi employer la coloration de Giemsa ou la méthode de Mauscher. Pour différencier les infiltrats, on emploie la réaction d'oxydase de Schulze, la présence des leucocytes se manifeste sous la forme de granules bleus.

Constatations histologiques :

L'épithélium cornéen :

L'épithélium cornéen est caractérisé par la présence fréquente de cellules épithéliales rétractées, fortement éosinophiles, à noyau en caryorexie (ce qui traduit un phénomène de dyskératose), de lacunes pseudo-bulleuses intraépithéliales liées à un processsus d'acantolyse et de micro-abcès à polynucléaires.

La substance propre :

Au niveau de la substance propre, on note l'apparition d'une vascularisation intense, d'un dense infiltrat inflammatoire sous épithélial à cellules mononuclées ainsi que de très nombreux mélanocytes dendritiques bourrés de grains de mélanine. Une coloration spéciale par les oxydants permet d'affirmer que le pigment trouvé est bien de la mélanine. Ce pigment se retrouve également sous la membrane de Decemet qui supporte l'endothélium.

Toutes ces lésions évoquent des phénomènes inflammatoires du tissu conjonctif constituant la substance propre et des lésions dégénératives d'un épithélium en souffrance.

Au début de la maladie, seule une partie de la couche supérieure de la cornée est infiltrée par des leucocytes, de même que la conjonctive bulbaire adjacente, de plus, on note la présence de quelques

vaisseaux néoformés. Dans des cas plus anciens, l'épithélium cornéen présente des phénomènes de dyskératose et d'acantolyse, les leucocytes y sont plus nombreux, le stroma cornéen est envahi par une abondante néovascularisation et les amas leucocytaires sont nombreux, la pigmentation apparaît et s'installe lentement. Tous ces phénomènes s'accentuent ; par la suite, la paroi des vaisseaux s'épaissit, le processus dégénératif de l'épithélium s'accentue, la pigmentation devient de plus en plus forte.

Le fait que dans des cas récents comme dans les cas plus anciens des infiltrats existent dans la conjonctive bulbaire, que le processus pathologique commence souvent au niveau du limbe pour s'étendre ensuite à la cornée laisse penser que l'inflammation débute souvent dans la conjonctive bulbaire pour atteindre ensuite la cornée. Cette remarque montre bien que pour traiter avec succès cette maladie, il faut aussi soigner la conjonctive.

DONNEES RELATIVES A LA PIGMENTATION CORNEENNE

(*Travaux de Seymour R. Roberts.*)

La cornée normale du chien est parfaitement transparente ; bien que l'on trouve généralement un peu de pigment au niveau du limbe, il n'y a pas d'invasion pigmentaire dans la cornée normale.

L'origine des pigments est endogène. Ceux qui semblent provoquer le plus de troubles de la cornée sont la mélanine et des dérivés de l'hémoglobine. En ce qui concerne la kératite pigmentaire, la certitude est acquise qu'il s'agit de mélanine.

La pigmentation de la cornée ne peut être considérée comme un phénomène aigu, le pigment est long à s'installer : il faut quelques fois un an avant de constater la formation de pigment d'origine hématogène après un traumatisme.

La mélanose de la cornée, à la différence de la sidérose atteint presque exclusivement la couche épithéliale, bien qu'une certaine pigmentation puisse apparaître dans la substance propre. Cette pigmentation peut dans certains cas atteindre les cellules basales de la cornée.

D'après l'étude des coupes après coloration, il apparaît que la pigmentation superficielle de la cornée prend naissance dans l'épithélium germinal ; ce tissu a la même origine embryologique que celui de la conjonctive. Il a été postulé que l'épithélium germinal, comme les cellules de Langerhans de la peau sont des mélanoblastes potentiels qui peuvent se charger de mélanine sous l'action de stress. A partir de leur point de naissance dans l'épithélium germinal, les grains de pigment s'assemblent et se déposent au niveau des couches supé-

rieures du stroma ; on trouve aussi des grains plus petits superficiellement, au niveau de la couche germinative de l'épithélium.

La vascularisation accompagne toujours la pigmentation de la cornée, mais le fait qu'elle précède l'invasion pigmentaire n'est pas évident ; beaucoup de cas de vascularisation cornéenne ne montrent aucune tendance au dépôt de pigment.

L'invasion pigmentaire à partir du limbe survient probablement dans certains cas, dans d'autres on peut observer une petite région pigmentée séparée du limbe par une portion de cornée normale : cela prouve que c'est l'épithélium germinal plutôt que le pigment du limbe qui provoque la pigmentation de la cornée.

EPIDEMIOLOGIE

La kératite pigmentaire est une affection sporadique qui atteint surtout les animaux adultes et plus particulièrement entre trois et six ans. Elle est spécifique du chien et frappe surtout le berger allemand. Sontag a aussi enregistré une forte pigmentation sur un cerf âgé, atteint aux deux yeux de kératite parenchymateuse.

La bilatéralité est la règle générale, bien qu'elle soit moins fréquente chez les jeunes sujets. Lorsque les deux yeux sont atteints, la pigmentation est souvent symétrique.

ETIOLOGIE

La cause de cette affection est inconnue. L'aspect clinique, l'évolution et la réponse à la thérapeutique stéroïde, suggèrent que cette affection peut refléter une hypersensibilité oculaire.

Essais de contamination.

Uberreiter a essayé d'implanter du tissu cornéen d'un chien atteint de kératite pigmentaire dans le tissu conjonctival de chiens témoins. Ces interventions sont restées sans réaction locale et en quelques semaines, l'implant était résorbé.

Réaction antigène-anticorps.

Une partie du tissu lésé est pulvérisée et dissoute dans une solution physiologique de chlorure de sodium. Ce matériel est injecté

aux chiens malades et aux chiens témoins dans la région interne des cuisses. Il ne se produit aucune réaction.

Constatations bactériologiques.

Des examens bactériologiques furent entrepris par le professeur Michalka à partir de matériel d'opération. La plupart des recherches ont été négatives, sauf pour quelques prélèvements où des germes de la flore banale du cul-de-sac conjonctival comme *Micrococcus Pyogenes albus*, des streptocoques et des germes du groupe des *Subtilis Mesentericus* ont été trouvés.

Dans quelques cas, on a pu trouver à l'aide de la coloration de Giemsa des inclusions cytoplasmiques granulaires et coccoïdes d'une grandeur de 0,2 à 0,4 µ, ces inclusions représentaient des Rickettsies. La preuve du rôle pathogène de ces germes n'a jamais été apportée.

Le terrain.

Le fait que la kératite pigmentaire soit spécifique d'une espèce et qu'elle frappe surtout le berger allemand donne à penser que le terrain joue un grand rôle dans l'étiologie de cette maladie.

On a incriminé récemment la possibilité d'un dysfonctionnement endocrinien et notamment de la glande surrénale. La détermination du taux urinaire des 17 cétostéroïdes qui augmente dans les cas d'hyperfonctionnement et diminue dans les hypofonctionnements et l'étude du métabolisme basal faites systématiquement dans chaque cas permettraient peut-être de découvrir le mécanisme intime de cette affection. Malheureusement, l'incurie du propriétaire fait souvent que peu de cas récents de kératite pigmentaire soient mis à la disposition des chercheurs : les malades n'étant trop souvent présentés qu'en fin d'évolution de la maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic est très sombre. La kératite pigmentaire n'a en effet aucune tendance à la guérison spontanée. De plus, les traitements à base de cortisone et d'antibiotiques s'avèrent inefficaces ou n'offrent qu'une rémission de courte durée ; en effet, l'inflammation disparaît, la vision s'améliore mais la récidive est précoce. Nous avons pu suivre ainsi un chien berger allemand pendant un an, les injections sous-conjonctivales de dépomédrol et de chloransulfa étaient répétées deux

fois par semaine, le résultat était très sensible, mais la récidive se produisait une quinzaine de jours après l'arrêt du traitement ; l'évolution a été ainsi contrôlée pendant une année par des interventions mensuelles ; le propriétaire s'est finalement lassé et nous n'avons revu le chien qu'au bout de quelques mois : il était complètement aveugle.

Un grand espoir est né avec l'intervention chirurgicale, malheureusement là aussi, nous avons observé quelques récidives.

ETUDE DU TRAITEMENT

TRAITEMENT MEDICAL.

La maladie résiste aux traitements habituels à base d'antibiotiques et de cortisone, bien que l'on puisse cependant obtenir une légère amélioration, mais cette amélioration est fugace : on a même observé des cas où malgré un traitement à base de cortisone, le mal empirait. D'après les expériences recueillies jusqu'à maintenant, une intervention radicale est nécessaire pour arrêter le processus pathologique : cette intervention est d'ordre chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Uberreiter a préconisé un traitement chirurgical qui consiste à éplucher la cornée et à enlever à la fois le tissu de granulation et le pigment qui le recouvre.

— *Préparation du sujet :*

Trois ou quatre jours avant l'opération, nous appliquons plusieurs fois par jour de la pommade triantibiotique dans chaque œil. Le jour où a lieu l'intervention chirurgicale, nous laissons le chien à jeun ; le patient reçoit une injection préanesthésique d'acépromazine (Vétranquil) une demi-heure avant l'opération.

— *Technique opératoire :*

L'opération est pratiquée sur l'animal en anesthésie générale.

Après une induction anesthésique au nesdonal, le chien est intubé et l'anesthésie se poursuit par l'effet du fluothane en circuit fermé. Le fluothane procure une anesthésie qui peut être réglée à la demande et qui peut durer assez longtemps sans présenter de toxicité importante.

— *Matériel nécessaire :*

— Un blépharostat,
— Une pince à fixer les droits d'Elschnig,
— Un porte-aiguille ordinaire,
— Un crochet d'Arruga,
— Une pince à dent de souris de Paufique (fine),
— Une lame Gilette d'ophtalmologie n° 15,
— Une soie sertie n° 0 montée sur une aiguille triangulaire de 20 mm,
— Cinq pinces de Kocher qui servent à fixer les droits et la troisième paupière,
— Un ciseau de Castroviejo.

Opération proprement dite :

L'animal est couché en *decubitus* latéral, l'opérateur placé du côté du dos.

Premier temps : Préparation du champ opératoire.

On réalise la réclinaison du corps clignotant après l'avoir transfixé, puis on fixe les quatre muscles droits ; l'œil, pour cette fixation, est déplacé à l'aide du crochet d'Arruga ; sur les fils qui fixent les muscles droits est placé une pince de Kocher ce qui permet une meilleure manipulation.

Deuxième temps : Exérèse du tissu granulo-pigmenté et de l'épithélium cornéen.

La pince de Paufique tenue dans la main gauche, la main droite tient le bistouri, une incision très fine est effectuée au centre de la cornée à la recherche d'un plan de clivage. Le soulèvement de l'épithélium s'effectue du centre vers la périphérie ; il peut être limité à une portion triangulaire lorsque la pigmentation est localisée. Par contre, si plus de la moitié de la cornée est recouverte, il est préférable de pratiquer une exérèse totale. En cours d'opération, on assiste souvent à de petites hémorragies, elles sont facilement contrôlées par une irrigation à l'aide d'une solution physiologique adrénalinée.

Troisième temps : Injection sous-conjonctivale d'une solution antibiotique de streptomycine (1/2 ml) et de dépomédrol. Les deux yeux sont opérés dans la même séance.

Soins postopératoires :

On réalise une antibiothérapie à l'aide de l'association antibiotique, pénicilline, streptomycine par voie générale pendant quatre jours. Localement, on pratique l'instillation d'un collyre antibiotique. La bêtathérapie de contact préconisée par Magrane constitue l'élément de choix du traitement postopératoire. Ce traitement est appliqué dès le deuxième jour et pendant au moins quinze jours. Nous utilisons depuis quelques années l'applicateur du Radiochemical Center « Amershan of Buckinghamshire ». L'appareil est constitué par une cupule d'argent contenant du strontium 90 et de l'yttrium 90. La cupule est portée à l'extrémité d'une tige métallique. Cette cupule, par son diamètre de 12 mm se moule exactement sur le globe oculaire. Le chien est couché sur le côté ; un aide le maintient sur la table de soins. L'applicateur est saisi dans un boîtier de plomb entre les mors d'une pince de type Kocher, nous le désinfectons à l'aide d'une solution antiseptique. Une anesthésie locale de l'œil est réalisée. L'appareil est déposé sous les paupières, directement en contact avec l'œil. La surface plane de l'applicateur provoque très peu de réaction de défense, l'animal est en général facile à contenir. L'applicateur est laissé en place 2 à 3 minutes selon le cas. Il est retiré avec soin, puis il est désinfecté à nouveau.

Accident opératoire :

Le seul accident possible est la perforation de la cornée, il interrompt l'opération et nécessite une suture immédiate et la reformation de la chambre antérieure par injection d'air stérile.

Suites opératoires :

Immédiatement après l'opération, la cornée est parfaitement claire et la vision totale. Dans les jours qui suivent, survient un important œdème qui rend la cornée lactescente et abolit la vision, puis, cet œdème régresse et est pratiquement disparu au quinzième jour de bêtathérapie. La disparition de cet œdème peut être hâtée par des injections sous-conjonctivales de dépomédrol.

Après la fin de la bêtathérapie, la corticothérapie sous-conjonctivale s'avère indispensable et nous l'effectuons au rythme d'une injection deux fois par semaine pendant les quinze premiers jours, puis une fois par semaine pendant les quinze jours suivants, puis, une fois tous les quinze jours le mois suivant, enfin, une fois par mois.

Si la rencontre entre le pathologiste et la maladie est un combat,

l'arme utilisée est un glaive à double tranchant. La bêtathérapie n'échappe pas à ce danger. Plusieurs auteurs ont en effet signalé de nombreux accidents après un traitement au rayonnement bêta.

— La cataracte. Cet accident est d'apparition tardive (trois ans), après le traitement. Il a été signalé par Haik en 1950, Hugues en 1952, Wilson en 1955, Werriam et Reech en 1963.

— Des ulcérations cornéennes (Paufique et Rougier, Leahey).

— Des kératites superficielles (Wilson).

— Des nécroses sclérales (Jones et Reese).

— Des glaucomes (Hugues, Castroviejo, Larmande).

— Des accidents de conjonctivite très fréquents.

— Une chute des cils.

— Des lésions de l'iris.

Iritis (Merriam et Mandras).

Atrophie de l'iris (Sciff, Merriam).

Ces accidents selon certains auteurs seraient assez fréquents, aussi, une grande prudence doit-elle guider la thérapeutique par le rayonnement bêta.

OBSERVATIONS CLINIQUES

De 1967 à 1973, nous avons observé et traité trente cinq cas de kératite pigmentaire suivant la méthode exposée dans le présent ouvrage.

Observation n° 1 :

Chien berger allemand, 6 ans, appartenant à M. D...

Entré le 23 janvier 1967 :

Le chien est présenté à la clinique pour une affection oculaire déjà ancienne. La chassie mucopurulente retirée, un dépôt mélanique complique le pronostic. Le chien est hospitalisé et préparé en vue de la kératectomie.

Le 25 janvier 1967 :

Kératectomie.

Le 26 janvier 1967 :

Une congestion de la cornée et de la conjonctive complique l'évolution de la cicatrisation cornéenne. Après nettoyage des yeux au mucosorbate, nous injectons la solution sulfacétamide-chloramphénicol-acétate de méthylprednisolone en sous-conjonctivale.

Le 27 janvier 1967 :

La kératoconjonctivite a régressé. Nous réalisons une injection sous-conjonctivale de sulfacétamide chloramphénicol.

Le 29 janvier 1967 :

L'amélioration est très nette. Nous appliquons les rayons bêta sur la cornée pendant 2 minutes.

Le 30 janvier :

La kératoconjonctivite a disparu. La photophobie intense primitive a laissé la place à des réflexes palpébraux normaux. L'animal a retrouvé la vue. Nous injectons sous la conjonctive bulbaire l'association antibiotiques corticoïdes.

Le 1er février 1967 :

Nous appliquons le strontium 90 pendant 3 minutes. Une légère congestion réapparaît dans l'angle externe de l'œil.

Le 2 février 1967 :

La kératite semble réinstallée. Les doses de rayons bêta sont augmentées. Nous passons à 3 minutes d'application.

Le 5 février 1967 :

Apparition de pigments mélaniques qui obscurcissent l'angle externe de l'œil. Nous irradions la cornée pendant 3 minutes.

Le 6 février 1967 :

Le dépôt pigmentaire semble bloqué. Alors, du 5 au 17 février nous alternons l'irradiation bêta avec les injections sous-conjonctivales.

Le chien est rendu à son propriétaire le 17 février. La kératite pigmentaire est disparue, la vision est bonne.

Observation n° 2 :

Chien berger allemand, 5 ans, appartenant à M. B...

Entré le 10 avril 1967 :

Le chien est présenté à la consultation. Il a été soigné par un vétérinaire qui, devant l'échec de sa thérapeutique, le confie à l'Ecole Vétérinaire.

Le chien est aveugle. Il s'agit d'une kératite pigmentaire bilatérale. Le dépôt mélanique a envahi les deux cornées et l'examen du fond de l'œil est impossible.

Nous réalisons, du 10 au 20 avril une antisepsie de l'œil ainsi que des injections sous-conjonctivales de sulfacétamide chloramphénicol.

Le 21 avril 1967 :

Kératectomie bilatérale.

Le 22 avril 1967 :

Nous injectons en sous-conjonctivale la solution sulfacétamide chloramphénicol. Le strontium 90 est appliqué pendant une minute. Par la suite, nous alternons les injections sous-conjonctivales et le rayonnement bêta. Dès le 24 avril, l'animal se dirige beaucoup mieux.

Le 27 avril 1967 :

Une cornée transparente où toute chassie a disparu laisse voir un fond d'œil limpide. L'animal a retrouvé la vision. Nous poursuivons le traitement jusqu'au 6 mai. Aucune néovascularisation ne réapparaît.

Le 8 mai, le chien est rendu à son propriétaire.

Observation n° 3 :

Chien berger allemand, 7 ans, appartenant à M. M...

Entré le 22 octobre 1967 :

Le chien est envoyé à l'école par un de nos confrères. Il espère qu'une thérapeutique nouvelle viendra atténuer une kératite pigmentaire jugée incurable.

Cette affection remonte aux dires du propriétaire, à deux ans. Elle est bilatérale et atteint pratiquement toute la cornée.

Le 24 octobre 1967 :

Kératectomie bilatérale.

Le 25 octobre 1967 :

Nous réalisons une bêtathérapie de deux minutes.

Le 26 octobre 1967 :

On note une légère congestion oculaire et l'on pratique une injection sous-conjonctivale de sulfacétamide chloramphénicol-acétate de méthylprednisolone.

Le 27 octobre 1967 :

Application de strontium 90 pendant 2 minutes.

Le 28 octobre 1967 :

La congestion a disparu. Nous instillons quelques gouttes de chloransulfa (*) dans chaque œil.

Le 29 octobre 1967 :

Application de strontium 90 pendant 3 minutes. La néovascularisation a quitté l'œil gauche ; seul, un petit pinceau vasculaire persiste sur l'œil droit.

Le 30 octobre 1967 :

Injection sous-conjonctivale de chloransulfa et de dépomédrol (**).

Le 31 octobre 1967 :

Application de strontium 90 pendant trois minutes.

Le chien est rendu à son propriétaire le 7 novembre. Il a alors retrouvé une vision complète.

(*) Chloransulfa : Collyre au Chloramphénicol et Sulfacétamide sodique.

(**) Dépomédrol : acétate de méthylprednisolone.

Observation n° 4 :

Chien berger allemand, 4 ans, appartenant à M. B...

Entré le 13 novembre 1967 :

Le chien est présenté à la consultation : il est aveugle. Un dépôt mélanique envahit la cornée, il est uniforme. Il s'agit d'une kératite pigmentaire.

Le 14 novembre 1967 :

La kératectomie est effectuée ce jour. La couche des cellules pigmentaires est excisée ; l'animal subit les soins locaux habituels : viscobiotic (*) et chloransulfa.

Le 15 novembre 1967 :

Irradiation des globes oculaires pendant 30 secondes à l'aide de l'applicateur à strontium 90.

Le 16 novembre 1967 :

Instillation de chloransulfa dans chaque œil après nettoyage au viscobiotic (*). Et ainsi pendant quinze jours, nous réalisons sept applications de strontium 90 en augmentant le temps d'irradiation jusqu'à deux minutes.

Le 18 novembre, une récidive est malgré tout observée. Le tissu granuleux caractéristique réapparaît. Le bourgeonnement est stoppé le 30 novembre.

Le 4 décembre 1967 :

Le chien est rendu à son propriétaire. La guérison clinique peut être observée. Ce chien a été revu deux ans après pour d'autres raisons, nous n'avons remarqué aucune manifestation de kératite pigmentaire.

Observation n° 5 :

Chien berger allemand, 4 ans, appartenant à M. A...

Entré le 19 avril 1968 :

Le chien avait été soigné deux ans auparavant pour une kératite pigmentaire par des injections sous-conjonctivales de chloransulfa et de corticoïdes.

La kératite pigmentaire est réapparue. Le pigment mélanique envahit les deux yeux. Le chien est pratiquement aveugle.

(*) Viscobiotic : collyre à la méthylcellulose-néomycine-colimycine.

Le 21 avril 1968 :

Kéractectomie suivant la technique décrite dans le présent ouvrage.

Le 22 avril 1968 :

Une conjonctivite s'est installée, une chassie importante recouvre les deux yeux. Les yeux sont nettoyés à l'aide de viscobiotic, nous pratiquons ensuite une injection sous-conjonctivale de chloransulfa et de dépo-médrol. Une application de strontium 90 est réalisée pendant 30 secondes.

Le 24 avril 1968 :

L'animal a retrouvé la vue. Il se dirige lui-même sans se cogner. Nous injectons la classique solution chloransulfa dépo-médrol en sous-conjonctivale. Nous appliquons l'appareil émetteur de rayons bêta pendant une minute.

Le 25 avril 1968 :

Nouvelle injection sous-conjonctivale. Pas d'application de strontium 90.

Le 26 avril 1968 :

Application de rayons bêta pendant une minute.

Le 27 avril 1968 :

Amélioration très nette. Le chien se dirige sans hésitation. Nous appliquerons le strontium 90 pendant deux minutes.

Le 28 avril 1968 :

Seule, l'injection sous-conjonctivale est réalisée. Aucun œdème ne trouble la transparence cornéenne.

Le 29 avril 1968 :

Nous réalisons l'injection sous-conjonctivale de pair avec l'application de strontium 90. On note toujours l'absence de néovascularisation.

Du 29 avril au 2 mai, le même traitement est poursuivi.

Le 2 mai 1968 :

Des pigments mélaniques réapparaissent sur l'œil droit. Nous poursuivons le traitement en appliquant le strontium 90 tous les deux jours pendant trois minutes en alternance avec les injections sous-conjonctivales.

Après une semaine de traitement, le 9 mai, la néovascularisation est stoppée.

Le 12, les pigments régressent.

Le 23 mai, l'animal est rendu à son propriétaire. Le pigment mélanique a disparu. La cornée est transparente.

Observation n° 6 :

Chien grœnendael, 15 mois, appartenant à M. F...

Entré le 15 novembre 1968 :

Le chien présente depuis une dizaine de jours, une conjonctivite bilatérale qui a attiré l'attention du propriétaire par la chassie qu'elle a déposé sur les deux yeux.

Un examen plus approfondi révèle en outre une kératite pigmentaire bilatérale. La kératite est localisée le long du bord de la paupière inférieure. Le dépôt mélanique est très important.

Le 17 novembre 1968 :

La kératectomie est effectuée.

Le 18 novembre 1968 :

La conjonctive est intense. Nous pratiquons une sous-conjonctivale de chloransulfa.

Le 19 novembre 1968 :

Nous irradions les deux cornées pendant 30 secondes. Nous instillons un collyre antibiotique dans les deux yeux.

Le 20 novembre 1968 :

Nous réalisons une injection sous-conjonctivale d'antibiotiques et de corticoïdes.

Le 21 novembre 1968 :

L'inflammation a nettement régressé. Nous appliquons le strontium 90 pendant 3 minutes.

Le 22 novembre 1968 :

L'inflammation a disparu. Nous instillons quelques gouttes de collyre antiseptique.

Le 23 novembre 1968 :

Nouvelle irradiation des deux cornées pendant deux minutes.

Le 24 novembre 1968 :

Les yeux sont envahis par une chassie importante. Un tissu de granulation apparaît dans l'angle externe des deux yeux. Nous appliquons le strontium 90 pendant 3 minutes.

Le 25 novembre 1968 :

Nouvelle application pendant 3 minutes. Le processus inflammatoire semble stoppé.

Le 26 novembre 1968 :

Nette amélioration. Nous pratiquons une sous-conjonctivale à l'aide d'une association antibiotique corticoïde.

Le 27 novembre 1968 :

Disparition complète du tissu granuleux.

Le 29 novembre 1968 :

Arrêt de tout traitement.

Le 5 décembre 1968 :

L'animal est rendu à son propriétaire. Aucun signe de néovascularisation ne semble inquiéter la transparence cornéenne.

Observation n° 7 :

Chien berger belge, appartenant à M. C...

Entré le 11 avril 1969 :

Le chien est présenté à la consultation : il est aveugle. Il est impossible de faire préciser au propriétaire la date d'apparition des premiers symptômes.

Les symptômes fonctionnels se résument en un qualificatif « chien aveugle ». Aucun réflexe de clignement à la menace : le chien, en liberté dans la pièce, heurte les meubles et les murs. Un examen approfondi révèle qu'un dépôt mélanique recouvre un tissu granuleux ; il s'agit d'une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 12 avril 1969 :

Nous nettoyons l'œil grâce à une solution ophtalmologique. Nous instillons quelques gouttes de viscobiotic, enfin nous pratiquons une injection sous-conjonctivale de chloransulfa.

Le 13 avril 1969 :

Le même traitement est réalisé.

Le 14 avril 1969 :

Il semble que le dépôt pigmentaire régresse. Nous continuons le traitement jusqu'au 20 avril.

Le 20 avril 1969 :

La kératectomie est fixée au surlendemain.

Le 22 avril 1969 :

Kératectomie bilatérale.

Le 24 avril 1969 :

Nous appliquons le strontium 90 pendant une minute.

Le 25 avril 1969 :

Injection sous-conjonctivale de chloransulfa.

Le 26 avril 1969 :

Application de strontium 90 pendant deux minutes. On observe

une légère congestion bilatérale de la conjonctive bulbaire et de la cornée.

Le 27 avril 1969 :

Nouvelle injection sous-conjonctivale de chloransulfa. La congestion persiste.

Nous réalisons du 27 avril au 18 mai, 12 applications de strontium 90 d'une durée de 3 minutes. Une amélioration lente se produit.

Le 18 mai, le chien est rendu à son propriétaire, la cornée a retrouvé sa transparence.

Observation n° 8 :

Chien berger allemand, 4 ans, appartenant à M. F...

Entré le 17 avril 1969 :

Le chien est pratiquement aveugle. On n'observe pas de réflexe de clignement à la menace. La cornée est envahie par un tissu granuleux caractéristique et recouvert de pigment mélanique.

Il s'agit d'une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 21 avril 1969 :

La kératectomie bilatérale est réalisée, l'animal semble avoir assez mal supporté l'anesthésie, aussi une thérapeutique antichoc est-elle mise en œuvre.

Le 22 avril 1969 :

Nous appliquons le strontium 90 pendant deux minutes.

Le 23 avril 1969 :

Nous pratiquons une sous-conjonctivale de chloransulfa.

Le 24 avril 1969 :

Nous appliquons le strontium 90 pendant trois minutes.

Le 25 avril 1969 :

Une forte congestion oculaire est observée. Une injection sous-conjonctivale de chloransulfa est réalisée.

Le 27 avril 1969 :

Application de strontium 90 pendant trois minutes. La kérato-conjonctivite rétrocède. Cependant, il est à noter un mauvais état général du chien : tristesse, abattement. Une légère hypothermie (37° 5), nous invite à analyser le cas plus attentivement. La présence de protéinurie et d'un taux élevé d'urée sanguine imposent un diagnostic de néphrite.

L'animal est réhydraté et reçoit un traitement à base de chophytol et de lespénéphryl.

Le 28 avril 1969 :

Le chien est prostré, un jetage important, mucopurulent, obstrue les cavités nasales. Il meurt le 28 avril, dans le milieu de l'après-midi. L'autopsie révèle la présence d'ulcères gastriques et d'un rein scléreux. La mort semble être survenue au cours d'une crise d'urémie.

Observation n° 9 :

Chienne courant, 9 ans, appartenant à M. L...

Entrée le 8 mai 1969 :

La chienne est atteinte d'une kératoconjonctivite à évolution chronique ; hospitalisée à l'école en novembre 1968, elle avait reçu un traitement à base de trois instillations par jour de viscobiotic associées à des injections sous-conjonctivales de chloransulfa. La kératoconjonctivite avait rétrocédé, la guérison prochaine avait été laissée aux soins du propriétaire.

Ce 8 mai 1969, on peut observer un dépôt de pigment mélanique sur les deux cornées, ce dépôt est uniforme. Une chassie mucopurulente obstrue en partie les deux fentes palpébrales. En outre, l'on note la présence d'un larmoiement important avec épiphora et photophobie. L'on fait alors le diagnostic de kératite pigmentaire bilatérale.

Le 10 mai 1969 :

Un traitement est mis en œuvre pour supprimer la conjonctivite ; nous nettoyons les yeux au mucosorbate et injectons un centimètre cube de chloransulfa en sous-conjonctivale.

Du 11 au 22 mai 1969 :

Nous répétons le même traitement. Une amélioration très nette est observée. Les traces de l'inflammation rétrocèdent, le chien est cependant toujours aveugle. Le dépôt mélanique subsiste et la kératectomie est décidée.

Le 24 mai 1969 :

Kératectomie. L'opération est pratiquée avec succès : la cornée apparaît au-dessous avec ses caractères habituels de transparence.

Le 25 mai 1969 :

Instillation de quelques gouttes de chloransulfa dans chaque œil.

Le 26 mai 1969 :

Injection sous-conjonctivale de chloransulfa dans chaque œil.

Le 27 mai 1969 :

Injection sous-conjonctivale de chloransulfa.

Le 28 mai 1969 :

Une néovascularisation apparaît. Elle siège sur la cornée au niveau de l'angle externe. Nous réalisons une injection sous-conjonctivale de chloransulfa associé à 1 cm^3 de dépo-médrol.

Le 29 mai 1969 :

Après avoir instillé quelques gouttes de collyre au chloransulfa. nous appliquons pendant une minute notre appareil au strontium 90 alternativement sur les deux yeux.

Le 30 mai 1969 :

Aucune modification locale ne vient améliorer ou aggraver la kératoconjonctivite. Une injection sous-conjonctivale de chloransulfa et de dépo-médrol vient sanctionner la congestion.

Le 31 mai 1969 :

Application de strontium 90 pendant deux minutes.

Le 1er juin 1969 :

On note une légère amélioration. La congestion oculaire diminue. Une injection sous-conjonctivale de chloransulfa et de dépo-médrol est réalisée.

Le 2 juin 1969 :

Nous appliquons le strontium 90 pendant trois minutes. La cornée a retrouvé une partie de sa transparence. seul un nuage blanc laiteux persiste encore.

Le 4 juin 1969 :

La cornée est transparente. Nous appliquons une dernière fois le 6 juin. notre appareil au strontium 90 pendant trois minutes. L'animal est rendu le 9 juin à son propriétaire, il a retrouvé la vue.

Observation n° 10 :

Chienne berger allemand, 3,5 ans, appartenant à M. P...

Entrée le 10 mars 1973 :

La kératite pigmentaire est diagnostiquée et la kératectomie est décidée.

Le 13 mars 1973 :

Kéractectomie. On parvient après l'opération à distinguer l'iris et la pupille.

Antibiothérapie générale.

Le 15 mars 1973 :

La cornée est infiltrée et la conjonctive légèrement congestionnée : cette réaction est normale après l'opération.

L'antibiothérapie générale est arrêtée.

Bêtathérapie et collyres antiseptiques habituels.

Les 17, 18, 19 mars 1973 :

L'inflammation augmente pour se stabiliser vers le 21 mars, la cornée est alors entourée d'un cercle de congestion. La transparence n'est que partielle.

Du 22 au 30 mars 1973 :

La bêtathérapie et les injections sous-conjonctivales de dépomédrol (2/10 ml) et de streptomycine (3/10 ml) pour chaque œil constituent notre traitement. Cela n'empêche pas la présence d'une formation rougeâtre. Le traitement est poursuivi jusqu'au 6 avril 1973, date à laquelle le chien est rendu à son propriétaire avec une ordonnance de collyre à la vitamine A.

Observation n° 11 :

Chienne berger allemand, 3 ans, appartenant à M. C...

Entrée le 18 mars 1973 :

La chienne est envoyée par un confrère pour kératectomie.

Le 20 mars 1973 :

Kératectomie suivant la technique exposée dans le présent ouvrage. Soins postopératoires classiques.

Du 20 mars 1973 au 4 avril 1973 :

Nous appliquons le traitement classique qui consiste dans des injections sous-conjonctivales de chloransulfa et de dépo-médrol d'une part et dans la bêtathérapie d'autre part.

Le 4 avril 1973 :

L'animal est rendu à son propriétaire. La cornée a retrouvé sa transparence. Le propriétaire continuera un traitement à base de collyre à la vitamine A.

Observation n° 12 :

Chien berger allemand, 4,5 ans, appartenant à M. D...

Entré le 18 mars 1973 :

Ce chien est soigné depuis longtemps pour un affection de l'œil au moyen de collyre à la néomycine et à l'hydrocortisone, ceci, sans aucun résultat. En fait, il s'agit d'une kératite pigmentaire bilatérale. La kératectomie est décidée.

Le 20 mars 1973 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques. Jusqu'au 5 avril, date de la sortie, le chien reçoit la thérapeutique classique. Il est rendu à sa propriétaire. Sa vue est bonne.

Observation n° 13 :

Chien berger allemand, 6 ans, appartenant à M. B...

Entré le 18 février 1973 :

Ce chien présente une kératite pigmentaire unilatérale. La kératectomie est décidée et le chien est préparé en vue de l'opération.

Le 20 février 1973 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Du 21 février au 3 mars 1973 :

Bêtathérapie et instillation de collyre antiseptique sont pratiquées chaque jour. Cependant, l'œdème postopératoire normal persiste, et la cornée reste lactescente. De plus, l'autre œil commence à s'opacifier. Les injections sous-conjonctivales de dépo-médrol et de streptomycine vont juguler cette mauvaise évolution.

Le 13 mars 1973 :

La cornée est plus claire. Le chien est rendu à son propriétaire. Il eût été intéressant de pouvoir suivre ce chien car nous ne pouvons malheureusement certifier qu'il gardera toujours une bonne vue.

Observation n° 14 :

Chien pointer, 8 ans, appartenant à M. L...

Le 23 octobre 1972 :

Le chien est présenté à la consultation pour une kératite débutante. Nous pratiquons des instillations de chloransulfa matin et soir jusqu'au 30 octobre. Ce traitement ne parvient pas à juguler l'évolution du processus pathologique. La kératectomie est décidée.

Le 31 octobre 1972 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Le 3 novembre 1972 :

Bêtathérapie au niveau des deux yeux pendant 3 minutes.

Le 4 novembre 1972 :

On note une vive inflammation des conjonctives.

Bêtathérapie. Instillation de collyre au chloransulfa.

Le 5 novembre 1972 :

La conjonctivite persiste, l'animal ne voit pas très bien. Le traitement est poursuivi jusqu'au 16 novembre. A ce jour, on note encore la présence de chassies encombrant les deux yeux. Le traitement est poursuivi jusqu'au 6 décembre. Le chien est rendu à son propriétaire, mais sa vision n'est pas sensiblement améliorée.

Observation n° 15 :

Chien berger allemand, 4 ans, appartenant à M. B...

Le 3 décembre 1972 :

Le chien est envoyé par un confrère pour kératite pigmentaire bilatérale. Le pigment mélanique recouvre la moitié de chacune des deux cornées. En attendant l'opération, le patient subit des instillations de collyre au chloransulfa.

Le 5 décembre 1972 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 6 décembre 1972 :

On note une très grande photophobie. Nous commençons la bêtathérapie.

Le 7 décembre 1972 :

La vision se rétablit progressivement. La bêtathérapie est continuée.

Le 9 décembre 1972 :

Les yeux ont une teinte lactescente. La conjonctivite subsiste. Nous continuons la bêtathérapie et instillons un collyre à base de pénicilline et sulfamide.

Le 10 décembre 1972 :

Nous suspendons le traitement au strontium 90 pour une journée car nous pensons que l'appareil peut avoir un rôle irritant.

Le 11 décembre 1972 :

L'opacification progresse. La bêtathérapie est restituée.

Le 12 décembre 1972 :

L'état est stationnaire.

Le 13 décembre 1972 :

La vision du chien n'est pas bonne. Jusqu'au 18 décembre, nous continuons la bêtathérapie et l'instillation de collyres.

Le 18 décembre 1972 :

La vision du chien est améliorée, il voit les principaux obstacles. Il est rendu à son propriétaire. Cette guérison est-elle définitive ?

Observation n° 16 :

Chien berger allemand, 4 ans, appartenant à M. V...

Entré le 11 avril 1972 :

Ce chien sorti d'un chenil depuis sept mois présente des lésions

oculaires depuis cette date. La vision est encore sub-normale ; l'animal se dirige correctement.

A l'examen, nous notons des lésions au niveau des deux cornées, sans larmoiement. Sur chaque œil, nous pouvons observer une tache triangulaire qui prend naissance près de l'angle externe de l'œil et qui se dirige vers le centre de la cornée, ces lésions sont vascularisées, de teinte rouille-rouge, et d'aspect granuleux.

Il s'agit d'une kératite pigmentaire au stade granuleux ; à ce stade, on ne distingue pas encore la présence de pigment mélanique.

Le 13 avril 1972 :

Nous entreprenons le traitement spécifique sous la forme d'une irradiation journalière au strontium 90 de chaque cornée pendant quinze jours par application directe sous les paupières d'une coupelle chargée de l'élément radioactif pendant deux minutes dans chaque œil. Ces rayons bêta devraient détruire le tissu néoformé. Un traitement adjuvant vitaminique est également entrepris.

Invita D A intramusculaire
D2 500 000 UI
A 100 000 UI

La vitamine A agissant comme facteur anti-vascularisation.

Après six séances de bêtathérapie, une légère amélioration est notée, le tissu néoformé granuleux et vascularisé régresse, notamment au niveau de l'œil droit où la vascularisation a complètement disparu.

Le chien est gardé et, le 25 mai 1972, nous nous trouvons dans l'obligation de décider la kératectomie.

Le 17 mai 1972 :

Le chien est rendu à son propriétaire après avoir subi une irradiation locale de deux minutes tous les deux jours. Il voit bien mais il subsiste une légère photophobie.

Observation n° 17 :

Chien berger allemand, 2,5 ans, appartenant à M. V...

Entré le 17 avril 1972 :

Le chien est présenté à la consultation pour une affection oculaire remontant à un an et qui a débuté par une conjonctivite banale. L'examen médical révèle l'existence d'une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 22 avril 1972 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 23 avril 1972 :

Application de collyre triantibiotique sur les deux yeux.

Du 24 avril au 16 mai 1972 :

Irradiation bêta.

Le 16 mai 1972 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol et de streptomycine.

Le 17 mai 1972 :

La conjonctivite a pratiquement disparu et la transparence est revenue.

Le 18 mai 1972 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol et de streptomycine.

Du 19 au 25 mai 1972 :

Bêtathérapie. L'œil gauche est pratiquement guéri. Le 25 mai, on pratique sur l'œil droit une sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 27 mai 1972 :

Le chien est rendu à son propriétaire. L'œil gauche est guéri, seule subsiste une petite opalescence au niveau de l'œil droit.

Observation n° 18 :

Chien berger allemand, 5 ans, appartenant à M. B...

Entré le 19 avril 1972 :

Le chien est présenté à la consultation après l'échec de plusieurs traitements. On note au niveau de l'œil gauche une opacification pratiquement totale de la cornée, avec à la périphérie une très forte vascularisation d'origine bulbaire. L'œil droit n'est pas aussi lésé, la cornée est toujours transparente, mais on note en bas et à droite de l'œil un processus de néovascularisation débutant.

Le 22 avril 1972 :

Kératectomie unilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 24 avril 1972 au 10 mai 1972 :

La bêtathérapie est appliquée sur les deux yeux. A la fin du traitement, l'œil droit est complètetement guéri. Seul subsiste au niveau de l'œil gauche une légère opalescence avec un peu de conjonctivite. Le chien est rendu à son propriétaire le 11 mai 1972.

Observation n° 19 :

Chienne coker, 6 ans, appartenant à M. D...

Entrée le 1er février 1972 :

L'animal souffre d'une kératite pigmentaire bilatérale depuis environ un an.

Du 2 au 7 février 1972 :

Les yeux sont nettoyés chaque jour et l'on instille un collyre triantibiotique.

Le 8 février 1972 :

Kéractectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 10 février au 6 mars 1972 :

Bêtathérapie et instillation de chloransulfa.

La corticothérapie sous-conjonctivale s'est avérée indispensable pour rendre au chien une vision normale.

Le 8 mars 1972 :

L'animal est rendu à son propriétaire, il est guéri.

Observation n° 20 :

Chienne pékinois, 4 ans, appartenant à M. B...

Entrée le 5 mai 1971 :

L'animal est présenté à la consultation pour une kératite pigmentaire. Nous pratiquons une corticothérapie sous-conjonctivale et ordonnons un collyre antibiotique et un collyre à la vitamine A.

Le 3 juin 1971 :

L'animal est présenté de nouveau à la consultation. Après une phase d'amélioration, le processus pathologique a repris. La kératectomie est décidée.

Le 4 juin 1971 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Du 9 au 30 juin 1971 :

Traitement par irradiation bêta et corticothérapie sous-conjonctivale. L'animal est rendu à son propriétaire, il est guéri.

Observation n° 21 :

Chien gœnendael, 3 ans, appartenant à M. C...

Entré le 7 juin 1971 :

Le chien est présenté à la consultation pour récidive de kératite pigmentaire. Il a déjà été opéré l'année précédente. Le traitement comprend une corticothérapie sous-conjonctivale sous la forme de dépo-médrol.

Le 28 juin 1971 :

Séance de cautérisation.

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Ordonnance : Avibon, Béflavine.

Le 12 juillet 1971 :

Nous revoyons le chien. Nous pratiquons une seconde séance de cautérisation et une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 2 août 1971 :

Le chien est hospitalisé et préparé en vue de la kératectomie.

Le 5 août 1971 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Le 7 août 1971 :

La bêtathérapie est commencée et sera maintenue jusqu'au 2 septembre.

Le 2 septembre 1971 :

Le chien est rendu à son propriétaire. Il semble guéri. Il nous a été présenté de nouveau en 1972 et nous avons dû pratiquer des séances de cautérisation et des injections sous-conjonctivales de dépo-médrol.

Observation n° 22 :

Chienne pékinois, 6 ans, appartenant à M. B...

Entrée le 3 octobre 1969 :

Nous posons le diagnostic de kératite pigmentaire.

Le 9 octobre 1969 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 10 octobre 1969 :

La bêtathérapie est instaurée et sera répétée chaque jour jusqu'au 24 octobre.

Les 17 et 20 octobre 1969 :

Nous pratiquons une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol, pour faire disparaître l'œdème et la conjonctivite.

Le 24 octobre 1969 :

On peut observer un léger ulcère au niveau de l'œil droit. L'œil gauche est bien. Nous appliquons localement au niveau de l'œil de la pommade au madécassol.

Le 29 octobre 1969 :

Nous réalisons une nouvelle séance de bêtathérapie.

Le 5 novembre 1969 :

Nouvelle séance de bêtathérapie et injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Les 10, 12, 19 décembre 1969, et le 16 janvier 1970 :

Nous pratiquons une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 28 janvier 1972 :

Deux ans après, nous revoyons ce chien : il présente une dermatose eczématiforme. Son œil droit est atrophié, le gauche est guéri.

Observation n° 23 :

Chien berger allemand, 3 ans, appartenant à M. D...

Entré le 18 septembre 1971 :

Le chien est hospitalisé pour une kératite pigmentaire bilatérale et préparé en vue de la kératectomie.

Le 21 septembre 1971 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 23 septembre 1971 :

La bêtathérapie est instituée.

Le 4 octobre 1971 :

Après une dernière séance de bêtathérapie, le chien est rendu à son propriétaire. Il est guéri, mais nous demandons à le revoir périodiquement pour des injections sous-conjonctivales de corticoïdes.

Le 3 novembre 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Ordonnance de collyre à la vitamine A.

Le 8 décembre 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 29 décembre 1971 :

Le chien est réobservé, il est très bien. Nous pratiquons une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 23 février 1972 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 12 mai 1972 :

La vision du chien est excellente.

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 6 septembre 1972, le 1er décembre 1972, le 14 février 1973 et le 28 mars 1973 :

Nous pratiquons une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol, pour essayer une guérison définitive.

Observation n° 24 :

Chienne berger allemand, 6 ans, appartenant à M. D...

La chienne a déjà été opérée d'une kératite pigmentaire. Elle est présentée à la consultation pour récidive.

Le 28 juin 1972 :

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Du 29 juin 1972 au 12 juillet 1972 :

Bêtathérapie. L'animal sort le 12 juillet, sa vision est satisfaisante.

Le 26 août 1972 :

On observe un début de récidive au niveau de l'œil gauche.

Séance de cautérisation.

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 8 septembre 1972 :

Nouvelle cautérisation. Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 22 septembre 1972 :

Cautérisation. Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 9 octobre 1972 :

Cautérisation. Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 17 novembre 1972 :

Cautérisation.

Ordonnance de collyre à la vitamine A.

Le 26 mars 1973 :

L'animal est présenté à la consultation, la guérison est totale.

Observation n° 25 :

Chien berger allemand, 6 ans, appartenant à M. D...

Entré le 10 janvier 1971 :

Le chien est présenté à la consultation. Une chassie mucopurulente importante envahit les deux yeux. Après nettoyage au mucosorbate, on peut observer une kératite pigmentaire qui siège au niveau du quadrant inférieur de la cornée, sur les deux yeux. Le chien est préparé en vue d'opération.

Le 12 janvier 1971 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 14 janvier 1971 :

Le traitement au strontium 90 est institué ce jour, le chien sera soumis au rayonnement bêta quatorze fois jusqu'au 3 février 1971.

Le 20 janvier 1971 :

Une injection sous-conjonctivale de dépo-médrol est pratiquée. Cette injection a pour but de hâter la guérison en faisant disparaître l'inflammation et l'œdème postopératoire. Elle sera répétée le 25 janvier, le 3 et le 17 février 1971.

Le 17 février 1971 :

Le chien est rendu à son propriétaire. Il se déplace normalement, sa vision est bonne.

Le 5 mai 1971 :

Le chien est présenté à la consultation. Son propriétaire est inquiet car il pense à une récidive. Un examen approfondi confirme ses craintes.

Le 8 mai 1971 :

Le chien est réopéré.

Du 10 mai 1971 au 26 mai 1971 :

Les séances de bêtathérapie sont répétées.

Le 2 juin 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol. Cette injection sera répétée au rythme de deux fois par semaine les quinze premiers jours, puis une fois par semaine les quinze jours suivants, puis une fois tous les quinze jours le mois suivant, enfin, une fois par mois.

Nous espérons de cette manière éviter une nouvelle récidive.

Observation n° 26 :

Chien berger allemand, 5 ans, appartenant à M. J...

Entré le 21 juillet 1970 :

Le chien est hospitalisé ce jour pour une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 23 juillet 1970 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 24 juillet 1970 :

Nous commençons la bêtathérapie. Nous continuerons les séances d'irradiation jusqu'au 8 août 1970.

Au bout de quelques jours de traitement, il est apparu un

œdème qui a rendu la cornée lactescente. Cet œdème a très rapidement disparu sous l'effet des corticoïdes.

Le chien est rendu à son propriétaire. Le résultat est satisfaisant. Nous demandons au propriétaire de revenir selon un rythme bien défini pour une corticothérapie sous-conjonctivale et ordonnons :

— Riboflavine, 3 comprimés par jour pendant 2 mois.

— Avibon 500, une capsule par jour pendant 10 jours, puis une capsule par semaine.

— Collyre à la vitamine A.

Malheureusement, et malgré tous ces soins, le 21 août 1970, le chien doit être réhospitalisé pour lui refaire des rayons. Le processus pathologique semble reprendre, nous craignons qu'une récidive complète ne s'installe.

Le 2 septembre 1970 :

Le chien est rendu à son propriétaire après quelques séances de bêtathérapie. Au niveau de l'œil droit, il subsiste un peu de pigment mélanique, au niveau du gauche, on peut observer une légère kératite.

Nous ordonnons du médrol en comprimés.

Nous avons revu ce chien le 21 juin 1972. On a pu noter alors une légère invasion des cornées, mais le processus semblait contenu. Nous pratiquons une séance de cautérisation et une sous-conjonctivale de dépo-médrol et ordonnons :

— Avibon 500, une capsule par jour.

Observation n° 27 :

Chienne berger malinois, 6 ans, appartenant à M. L...

Entrée le 13 septembre 1969 :

L'animal est présenté à la consultation pour une affection de l'œil rebelle à tout traitement. Il s'agit d'une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 15 septembre 1969 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques. La bêtathérapie commence dès le deuxième jour qui suit l'opération, et jusqu'au 27 septembre date à laquelle le chien est rendu à son propriétaire.

L'animal est soumis périodiquement à notre examen et nous lui injectons du dépo-médrol en sous-conjonctivale selon un rythme bien défini.

Le 22 mai 1970 :

L'animal est présenté de nouveau à la consultation, nous observons

une kératite pigmentaire importante au niveau de l'œil gauche et un début de kératite sur l'autre œil. Nous décidons d'opérer.

Le 27 août 1970 :

L'animal est rendu à son propriétaire après le traitement classique. Il est bien.

Le 15 avril 1971 :

Pour la deuxième fois, on note une récidive.

Le 19 avril 1971 :

Le chien est réopéré.

Le 30 avril 1971 :

L'animal est rendu à son propriétaire après avoir reçu le traitement classique. La réparation est bonne. Nous ordonnons :

— Béflavine.
— Avibon 500.
— Collyre à la vitamine A.

Le 26 mai 1971 :

Un mois après la sortie, la cornée semble de nouveau perdre sa transparence. Une néovascularisation intense dans les deux yeux laisse prévoir une autre récidive. Nous entreprenons un traitement au bogodog (serum de Bogomoletz) et aux extraits embryonnaires.

Le 10 septembre 1971 :

La récidive est totale. L'opération est fixée au 20 septembre, en même temps, la chienne subira une ovariohystérectomie.

Le 4 octobre 1971 :

Après le traitement classique, la chienne est rendue à son propriétaire.

Le 3 novembre 1971 :

Nous voyons la chienne et nous pratiquons une séance de cautérisation, une sous-conjonctivale de dépo-médrol et prescrivons :

— Avibon 500.
— Béflavine.

Le 17 novembre 1971 :

Cautérisation et injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 24 mars 1971 :

L'animal est de nouveau présenté à notre examen. L'œil gauche est normal, l'œil droit est noir. Nous pratiquons une séance de cautérisation et de rayonnement bêta.

Le 17 mai 1972 :

Cautérisation et injection sous-conjonctivale de dépo-médrol. Ce traitement est répété une fois par mois environ jusqu'au mois de mars 1973. Le processus pathologique semble alors contenu et la maladie stabilisée.

Observation n° 28 :

Chien berger allemand, 6 ans, appartenant à M. M...

Entré le 5 mai 1972 :

Le chien est présenté à la consultation avec une kératite pigmentaire bilatérale.

Le 8 mai 1972 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 10 au 24 mai 1972 :

Le chien reçoit le traitement classique par rayonnement bêta.

Le 24 mai 1972 :

Arrêt de tout traitement. Le chien semble guéri.

Le 23 juin 1972 :

Une récidive nous oblige à réintervenir. Le chien est réopéré le 20 juillet après l'échec d'un essai de traitement médical.

Nous n'avons pas revu ce chien par la suite. La réussite est-elle totale ?

Observation n° 29 :

Chien berger allemand, 5 ans, appartenant à M. D...

Entré le 9 janvier 1971 :

Le chien est présenté à la consultation pour une affection oculaire remontant à quelques mois. Il a été soigné par son propriétaire lui-même sans évidemment aucun résultat.

Le 12 janvier 1971 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 14 janvier au 3 février 1971 :

Bêtathérapie. Le chien a subi pendant le traitement au strontium 90, quatre injections sous-conjonctivales de dépo-médrol.

Le 5 mai 1971 :

Une récidive assombrit le pronostic.

Le 8 mai 1971 :

Le chien est réopéré.

Du 10 mai 1971 au 26 mai 1971 :

Bêtathérapie suivant le rythme classique.

Le 2 juin 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 16 juin 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 23 août 1971 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 29 août 1971 :

Séance de cautérisation et injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le chien est beaucoup mieux. Il se dirige très bien, sa vue est normale.

Observation n° 30 :

Chien teckel à poils longs, 4 ans, appartenant à M. G...

Entré le 12 juillet 1969 :

Nous diagnostiquons une kératite pigmentaire et décidons l'opération.

Le 15 juillet 1969 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 16 juillet au 31 juillet 1969 :

Bêtathérapie suivant le rythme classique.

Les 30, 31 juillet et 1er août 1969 :

Injection sous-conjonctivale de dépo-médrol.

Le 2 août 1969 :

Le chien est rendu à son propriétaire. Nous prescrivons de la béflavine et du collyre à la vitamine A.

Le 3 avril 1970 :

Le chien est réobservé ce jour. Il est très bien. Nous conseillons cependant de pratiquer des injections sous-conjonctivales de dépo-médrol une fois par mois.

Le 17 mai 1970 :

En dépit d'une amélioration durable et apparemment définitive, nous devons déplorer une récidive. Celle-ci s'est révélée d'apparition très brutale. Nous décidons de réopérer.

Le 19 mai 1970 :

Kératectomie. Le chien subira la bêtathérapie classique de même que lors de la première intervention.

Le 6 juin 1970 :

Le chien est rendu à son propriétaire. Nous prescrivons de l'avibon 500 et de la béflavine.

Le 28 août 1970 :

Le chien est réhospitalisé pour de nouvelles irradiations bêta. Nous lui injectons par voie intramusculaire 2 ml de dépo-médrol.

Le 23 décembre 1970 :

Nous cautérisons les vaisseaux néoformés. Nous pratiquons une injection rétrobulbaire de duvadilan (*). Le chien subit de plus une bêtathérapie.

Le 29 mars 1971 :

Le chien est de nouveau hospitalisé pour bêtathérapie. Lorsque nous l'avons rendu à son propriétaire, ses yeux étaient normaux. Nous n'avons pas revu le patient depuis cette date.

Observation n° 31 :

Chien teckel à poils ras, 6 ans, appartenant à M. F...

Entré le 10 octobre 1972 :

Hospitalisé pour une kératite pigmentaire ce jour, le chien après opération et traitement classique par le rayonnement bêta, est rendu à son maître le 27 octobre 1972 : la guérison est complète.

Observation n° 32 :

Chien berger allemand, 7 ans, appartenant à M. V...

Entré le 13 juillet 1971 :

Le chien est hospitalisé en vue de la kératectomie.

Le 15 juillet 1971 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Le 2 août 1971 :

Après le traitement par le rayonnement bêta pratiqué suivant le rythme habituel, le chien est rendu à son propriétaire. L'œil gauche est très bien, au niveau de l'œil droit, la cornée a subi un amincissement extrême.

Observation n° 33 :

Chien berger allemand, 7 ans, appartenant à M. de S...

Entré le 1er mars 1972 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

(*) Duvadilan : Isoxsuprine.

Le 3 mars 1972 :

Bêtathérapie pendant 15 jours.

Le 17 mars 1972 :

Le chien est rendu à son propriétaire. Le résultat est satisfaisant. Nous demandons au propriétaire de nous présenter son chien une fois par semaine pendant quinze jours, puis une fois tous les quinze jours pendant un mois et enfin, une fois par mois afin de contrôler l'évolution de la guérison et de pratiquer les injections sous-conjonctivales classiques de dépo-médrol.

Le 8 avril 1973 :

Nous devons, en dépit du traitement, hospitaliser le chien pour une nouvelle intervention chirurgicale.

Le 10 avril 1973 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques. Bêtathérapie.

Le chien est maintenant guéri. Nous ne l'avons pas revu depuis le 5 mai 1973, jour de sa sortie.

Observation n° 34 :

Chien berger allemand, 9 ans, appartenant à M. J...

Entré le 25 août 1971 :

Ce chien nous est présenté pour une kératite pigmentaire, nous décidons d'opérer.

Kératectomie. Soins postopératoires classiques.

Après la fin de la bêtathérapie, la corticothérapie sous-conjonctivale s'avère indispensable et nous l'effectuons au rythme d'une injection deux fois par semaine les quinze premiers jours, puis une fois par semaine les quinze jours suivants, puis une fois tous les quinze jours le mois suivant enfin, une fois par mois.

Ce traitement adjuvant maintient au chien une vision normale.

Observation n° 35 :

Chien teckel, 3 ans, appartenant à M. G...

Entré le 16 juillet 1971 :

Le chien est présenté à la consultation, il est atteint d'un début de kératite pigmentaire. Nous essayons la cautérisation et prescrivons de l'avibon 500 et de la béflavine. Le processus pathologique semble contenu.

Le 30 juin 1972 :

Un an après le chien nous est de nouveau présenté. Cette fois, la kératite est bien installée et nous devons opérer.

Le 3 juillet 1972 :

Kératectomie bilatérale. Soins postopératoires classiques.

Du 5 juillet au 30 juillet 1972 :

Le chien est soumis à la classique bêtathérapie. Le 30 juillet, il est rendu à son propriétaire. Sa vision est excellente.

CONCLUSION

Il serait intéressant pour le chercheur de pouvoir suivre pendant toute leur vie les chiens atteints et opérés de kératite pigmentaire. Malheureusement, l'incurie ou la lassitude du maître devant une récidive font que quelques chiens ont pu échapper à notre contrôle.

De 1967 à 1973, nous avons suivi et traité trente-cinq cas de kératite pigmentaire. Cette affection était considérée comme rebelle à tous les traitements classiques : nous avons obtenu trente résultats positifs. Faut-il parler de réussite totale ? non : seul le temps pourra confirmer la valeur des techniques mises en œuvre. Le recul actuel montre que la technique proposée dans ce présent travail est la seule permettant d'obtenir un résultat. Il faut bien dire que ce résultat ne peut être maintenu que grâce à une corticothérapie sous-conjonctivale mensuelle. Malgré celle-ci, la guérison est imparfaite et d'autres recherches s'avèrent nécessaires. Une étude approfondie de l'étiologie permettra peut-être d'ouvrir la voie d'une thérapeutique post-chirurgicale qui garderait comme définitivement acquis le résultat obtenu par la kératectomie.

Vu, le Rapporteur :
Professeur FLORIO.

Vu, le Président :
Professeur DEODATI.

Vu, le Directeur :
Professeur R. LAUTIE

Vu et permis d'imprimer, Toulouse le 15-5-1974
Le Président de l'Université :
Professeur LARENG.

BIBLIOGRAPHIE

BECKERS (C.) et VISSCHER. — *Les isotopes radioactifs en médecine ;* Albert de Visscher, édit.

CASTROVIEJO (R.). — La bêtathérapie dans la vascularisation cornéenne ; *Année théra. ophtal.,* 1953, n° 4.

CATCOTT (E.J.). — Beta ray therapy in ocular deseases of animals ; *J.A.V.M.A.* 122, 1953, 172.

CATCOTT (E.J.). — *Médecine canine ;* Vigot édit.

COLLOQUES internationaux du C.N.R.S. — *La cicatrisation* ; C.N.R.S. édit.

COUADEAU. — Acquisition récente sur la bêtathérapie ; *Journaux ophtalmologiques,* Alger, 1954.

FRIEDEL (H.), THOMAS et KROHMER (J.S.). — Description of strontium 90 beta ray applicator and its use in the eye ; *Amer.-J. ophtal,* 1951, n° 35.

GROS (C.) et SPEEG (P.). — La bêtathérapie en ophtalmologie ; *L'année thérapeutique,* 1953, n° 4.

HAESSLER, HERBERT. — *Ophtalmologic diagnosis ;* Baltimore, Maryland, The Williams and Wilkins Company, 1953.

HARRISON, WILLIAM (J.). — *Ocular therapeutics,* 2nd ed. ; Springfield, Charles C. Thomas, 1953.

HUGHES (W.F.). — Beta radiations sources uses and dangers in treatment of the eyes ; *J. Amer. Med.,* 1959, n° 170.

ILIFF (C.E.). — Beta irradiation in ophtalmology ; *Ophtal. lit.,* 1947, n° 1.

LESCURE (F.), GROULADE (G.). — *Médecine canine* ; Vigot édit.

MAGRANE (W.G.). — Keratitis in dogs ; Scope I (1956) 2.

MAGRANE (W.G.). — Vascularization. Its significance in deseases of the cornea ; *J.A.V.M.A.,* 126, 208, 1955.

MAGRANE (W.G.). — Canine medecine ; Santa Barbara, California, *American Veterinary Publications,* Inc., 1959.

MAGRANE (W.G.). — Cortisone in ophtalmology ; *Am. Vet.*, **32**, page 39, 1951.

MANDRAS (G.). — La bêtathérapie en ophtalmologie ; *Arch. ophtal.*, Paris, 1956.

MICHAELSON. — Proliferation of limbal melanoblasts into the cornea in response to the corneal lesion ; *Brit. J. ophtal.*, **36**, 657, 1952.

MICHAELSON. — The use of jeta irradiation in veterinary ophtalmology ; *Vet. med.*, **49**, page 475, 1954.

MONOD (J.P.). — *La kératite pigmentaire du chien - Essai de traitement par la mésothérapie* ; Thèse Lyon 1973.

PAGES (J.-P.). — *La bétâthérapie de la kératite pigmentaire du chien ;* Thèse Toulouse 1970.

ROBERTS (S.R.). — The nature of corneal pigmentation in the dog ; *J.A.V. M.A.*, **124**, 1954, 208.

SOMMERS (I.G.). — *Histology and histopathology of the eye* ; New-York, Grune and Stratton, 1949.

UBERREITER (Von Otto). — *Ein besondere keratitisform* (keratitis superficialis chronica) bein Hunde. Wien. Mschr. **2**, 65-78, 1961.

UBERREITER (Von Otto). — Examination of the eye and the eye operations in animals ; *Advances in veterinary sciences ;* Vol. 5, New-York, Academy Press. Inc., page 52, 1959.

WEINER, MEYER and SCHEEIE. — *Surgery of the eye* ; 3rd ed. New-York, Grune and Stratton, 1952.

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

Historique 13

La kératite pigmentaire :

- Définition 14
- Description clinique 14
- Constatations biomicroscopiques 16
- Examens histologiques 17
- Données relatives à la pigmentation cornéenne 18
- Epidémiologie 19
- Etiologie 19
- Pronostic 20

Etude du traitement :

- Traitement médical 23
- Traitement chirurgical 23

Observations cliniques 27

Conclusion 55

Bibliographie 57

Au Manuscrit - Alfort - Dépôt légal T - 1974 - 8